

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP
Programa de Pós-graduação Stricto Sensu
Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos

Procedimento operacional padrão (POP) *Cuidados paliativos*

MEDICINA FETAL

Daniela Valle
Silvia Faquini
Gláucia Guerra
Alex Souza



Autores

Daniela Valle Almeida Figueredo

Mestre em Cuidados Paliativos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Preceptora da residência médica em medicina fetal e ginecologia e obstetrícia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Silvia de Lourdes Dutra Loreto Faquini

Mestre em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Preceptora da residência médica em medicina fetal e ginecologia e obstetrícia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Gláucia Virgínia de Queiroz Lins Guerra

Doutora em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Preceptora da residência médica em ginecologia e obstetrícia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Coordenadora do Centro de Atenção à Mulher do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (CAM - IMIP).

Alex Sandro Rolland de Souza

Doutor em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Preceptor da residência médica em medicina fetal e ginecologia e obstetrícia e professor da pós-graduação stricto sensu do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Professor adjunto da área acadêmica de ginecologia e obstetrícia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Professor da Escola de Saúde e Ciências da Vida da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP).

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Elaborada por Camila Florencio CRB-4/2295

F475p Figueredo, Daniela Valle Almeida

Procedimento operacional padrão (POP) em cuidados paliativos: medicina fetal / Daniela Valle Almeida Figueredo, Sílvia de Lourdes Dutra Loreto Faquini, Gláucia Virgínia de Queiroz Lins Guerra, Alex Sandro Rolland de Souza. -- Recife: IMIP, 2025.

[Recurso eletrônico] : il.

Modo de acesso: World Wide Web.

ISBN: 978-65-86781-41-0

1. Cuidados Paliativos. 2. Medicina Fetal. I. Faquini, Sílvia de Lourdes Dutra Loreto. II. Guerra, Gláucia Virgínia de Queiroz Lins. III. Souza, Alex Sandro Rolland de. IV. Título.

CDD 618.2085



Sumário

1. Materiais	3
2. Objetivos	4
3. Descrição do procedimento	5
4. Candidatos a cuidados paliativos perinatais	6
5. Orientações gerais	8
6. Encaminhamentos	10
7. Condutas	11
8. APÊNDICE	16
9. Referências	17

1. Materiais

Agendas

Computadores institucionais

Prontuário eletrônico

Impressoras/papéis

Cartão da gestante

2. Objetivos

Uniformizar o fluxo de encaminhamentos para consultas de pacientes gestantes com diagnóstico fetal limitante à vida nos setores da maternidade IMIP.

Fornecer uma linha de cuidado com as condutas sugeridas para as gestantes e seus fetos candidatos a cuidados paliativos perinatais.

3. Descrição do procedimento

Acolhimento da gestante e de acompanhante/familiares nos setores da triagem obstétrica, ambulatório da mulher e enfermaria obstétrica.

Descrição do fluxograma de encaminhamentos e seguimento (para casos suspeitos ou confirmados) das pacientes com condições limitantes à vida fetal/neonatal.

4. Candidatos a cuidados paliativos perinatais

Condições limitantes à vida: condições fetais letais, bem como outras para as quais há pouca ou nenhuma perspectiva de sobrevivência extrauterina em longo prazo sem morbidade grave ou qualidade de vida extremamente baixa e para as quais não há cura.

(ACOG, 2019)

Classificação	Condições limitantes à vida
Condições genéticas	Trissomia do 13 ou 18 Triploidia
Anormalidades do sistema musculoesquelético	Displasias esqueléticas “letais”
Anormalidades do sistema nervoso central	Anencefalia Holoprosencefalia alobar Encefalocele extensa Hidranencefalia Iniencefalia
Anormalidades cardíacas	Síndrome da hipoplasia do coração esquerdo Pentalogia de Cantrell
Anormalidades renais	Agenesia renal bilateral Doença renal policística bilateral Displasia renal multicística bilateral

4. Candidatos a cuidados paliativos perinatais

Classificação	Condições limitantes à vida
Outras anomalias	Higroma cístico
	Gemelaridade imperfeita (inoperável)
	Síndrome de Body Stalk
	Sirenomelia
	Acardia
	Múltiplas malformações graves
	Síndrome da obstrução de via aérea alta congênita (<i>Congenital High Airway Obstruction Syndrome – CHAOS</i>)
Malformações com proposta de cuidados intensivos e paliativos em conjunto	Hidropsia fetal não imune grave Hérnia diafragmática com hipoplasia pulmonar grave

Casos não dispostos no presente protocolo podem ser discutidos individualmente conforme indicação clínica.

5. Orientações gerais

As marcações na ultrassonografia da medicina fetal serão realizadas conforme vagas nas agendas do setor – 4º andar do prédio da maternidade.

- Solicitar a paciente ou acompanhante que marque ultrassonografia na sala da medicina fetal (4º andar do prédio da maternidade);
- Na solicitação deve constar: data, setor de atendimento, data de nascimento da paciente, número do registro da paciente no IMIP, idade gestacional e suspeita diagnóstica.

Critérios para solicitação de exame por encaixe (realizado se disponível) | conduta na medicina fetal.

- Gestação a termo | se possível, tentar estabelecer diagnóstico e falar sobre cuidados paliativos;
- Polidrâmnio que leve a desconforto materno | avaliar indicação de amniotomia (prematuro); avaliar indicação de interrupção da gravidez (termo);
- Suspeita de macrocrania baseado em exames prévios | avaliar CC + momento da interrupção + via de parto (se CC >400mm, programar parto via alta);
- Gemelaridade com suspeita de TRAP (acardia) | avaliar indicação de coagulação placentária a laser;
- Hidropsia fetal >20semanas de idade gestacional por suspeita de anemia fetal | avaliar transfusão fetal;
- Suspeita de óbito fetal (pode ser realizado na medicina fetal ou via triagem/setor de urgência) | avaliar vitalidade fetal para devidos encaminhamentos;
- Pacientes em posse de laudo judicial para interrupção da gravidez | avaliar indicação/disponibilidade de KCL intracardíaco fetal (>22s);
- Casos considerados urgentes a depender de discussão clínica | avaliar em conjunto.

Legenda: CC – circunferência cefálica; TRAP - *Twin reversed arterial perfusion sequence*; KCL – cloreto de potássio

5. Orientações gerais

Casos especiais:

Anencefalia: única malformação que, por lei, é permitida a interrupção da gestação se for de desejo da paciente. Indução pode ser em maternidade de risco habitual, se paciente sem comorbidades. Garantir o atendimento por profissional disponível para conduzir o caso e encaminhamentos.

- Se paciente de posse de exames de imagem (dois profissionais diferentes), com fotos impressas, que demonstrem o diagnóstico (duas imagens de perfil e transversal), pode realizar encaminhamento direto para interrupção da gravidez, em qualquer idade gestacional.

Outras condições limitantes da vida: pacientes em posse de laudo para interrupção judicial, que já tenham sido avaliadas pela medicina fetal – fornecer internamento para KCL intracardíaco fetal quando indicado, em seguida, conduzir indução do parto em centro obstétrico (ou em setor orientado pela chefia/gestão a depender de comorbidades maternas).

6. Encaminhamentos

Triagem obstétrica (pacientes com atendimento de urgência por motivos diversos, que mostrem ultrassonografia externa ou interna com suspeita de malformação fetal grave, potencialmente limitante).

- Encaminhar à medicina fetal para ultrassonografia – 4º andar do prédio da maternidade.

Enfermaria de gestação de alto risco ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (pacientes internadas por indicação materna, controle de comorbidades ou investigação clínica, que mostrem ultrassonografia externa ou interna com suspeita de malformação fetal grave, potencialmente limitante).

- Solicitar ultrassonografia na medicina fetal (mesmo andar) pela manhã durante internação, ou marcar conforme indicação da equipe;
- Se diagnóstico confirmado, iniciar conversa sobre cuidados paliativos perinatais;
- Encaminhar para pré-natal da medicina fetal via NIRA (Núcleo Interno de Regulação Ambulatorial) na alta da enfermaria.

Ambulatório da mulher: Pré-natais de ensino, alto risco, risco habitual e maternidade dia (casos em seguimento habitual que tragam ultrassonografia externa ou interna com suspeita de malformação fetal grave, potencialmente limitante).

- Encaminhar à medicina fetal para ultrassonografia – 4º andar do prédio da maternidade;
- Encaminhar para pré-natal da medicina fetal - marcar como retorno pré-natal na recepção conforme periodicidade habitual: mensal até 28 semanas, quinzenal até 36 semanas, semanal após. Maior frequência a depender de comorbidades maternas.

7. Condutas

Pré-natal Medicina fetal (Ambulatório da mulher):

1ª consulta: anamnese, exame físico completo, exames complementares, citologia se indicado, vacinas (rotina ambulatorial).

- Encaminhar para marcação de ultrassonografia com a medicina fetal; retornos a cada trimestre ou conforme indicação do especialista;
- Tentar sala separada ou evitar conversar detalhes sobre diagnóstico e plano de cuidados em sala conjunta com outras pacientes;
- Conversar sobre cuidados paliativos perinatais quando diagnóstico de condição limitante for confirmado;
- Encaminhar para psicologia.

Encaminhar para consulta de cuidados paliativos pediátricos conforme disponibilidade.

Encaminhar para outras especialidades conforme demanda (cirurgia pediátrica, cardiologia fetal p. ex.).

Consultas subsequentes:

- Rotina ambulatorial de exames laboratoriais, ajuste de medicações, vacinas e conversa sobre planejamento familiar (programação futura de gestações ou método contraceptivo, a depender da opção da paciente);
- Reforçar o diálogo sobre cuidados paliativos, checar entendimento da gestante e da família;
- Registrar em prontuário conversa sobre cuidados paliativos, com os principais pontos abordados;
- Registrar em cartão pré-natal “conversado sobre cuidados paliativos perinatais”, sob consentimento da paciente;
- Retorno mensal até 28 semanas, quinzenal até 36 semanas, semanal após. Maior frequência a depender de comorbidades maternas.

7. Condutas

Pré-natal Medicina fetal (Ambulatório da mulher):

Elaborar plano de parto no terceiro trimestre (**APÊNDICE**): colocar os elementos desejados pela paciente - via de parto de preferência, presença de acompanhante, se deseja ver o bebê, colocar no colo; se deseja fotos; se deseja vestir o bebê; se deseja mecha de cabelo, carimbo de placenta, mão ou pé do bebê, levar pulseira de internamento (discutir possibilidades com a família).

Contrarreferência para unidade de saúde da família.

Encaminhar para o serviço social em caso de demanda familiar;

Encaminhamento para resolução da gravidez:

- Realizar nas idades gestacionais recomendadas de acordo com comorbidades maternas ou conforme risco materno;
- Em casos de macrocrania grave com CC>400mm (avaliar momento, discutir caso com equipe da medicina fetal);
- Em casos de macrosomia fetal, avaliar com equipe de medicina fetal na ultrassonografia;
- Aguardar trabalho de parto espontâneo para gestantes de risco habitual.

7. Condutas

Setor de ultrassonografia da medicina fetal:

- De posse dos encaminhamentos, sempre que possível e em idade gestacional adequada, marcar ultrassonografia morfológica;
- Tentar assegurar no exame de imagem, diagnóstico de condição limitante à vida fetal/neonatal. Em caso de suspeita de cromossomopatia, mas indisponibilidade de teste genético, conversar sobre a possibilidade baseada nos achados ultrassonográficos;
- Oferecer teste genético (amniocentese) para os casos suspeitos de cromossomopatia, em momento oportuno. Marcar se for de desejo da paciente;
- Colocar no laudo a proposta de cuidados paliativos perinatais, sempre que for preconizado e conversado com paciente/acompanhantes;
- Em caso de desejo da família de interrupção da gravidez em casos não previstos em lei, promover o fornecimento de laudo para a família buscar autorização judicial; no momento do fornecimento do laudo, orientar que a via de parto indicada é vaginal, exceto se contraindicações clínicas maternas;
- Nos casos de manutenção da gravidez, programar retornos (ao menos um por trimestre) para avaliação do crescimento fetal, promoção de momentos de vínculo entre gestante/família e bebê, detectar intercorrências maternas;
- Registrar as datas / horário dos retornos ao final do laudo ultrassonográfico, de acordo com o registro na agenda correspondente;
- Encaminhar, quando indicado, para pré-natal na medicina fetal via NIRA.

7. Condutas

Centro obstétrico (COB):

- Admissão rotineira: anamnese, exame físico, tratar intercorrências obstétricas;
- Comunicar equipe de neonatologia sobre paciente candidato a cuidados paliativos, visando evitar internamento em UTI (avaliação conjunta e a depender de cada caso);
- Via de parto obstétrica, preferência vaginal sempre que tecnicamente possível (comorbidades maternas, desejo da paciente);
- Ponderar ausculta fetal (perguntar sobre desejo);
- Avaliar plano de parto: itens elencados no pré-natal (sempre que tenha sido feito);
- Se plano de parto não estiver disponível ou não tenha sido realizado, consultar APÊNDICE (itens elencados na proposta de plano de parto e cuidados paliativos perinatais);
- Promover/oferecer tempo com o bebê após o parto – se a paciente não quiser, respeitar, mas oferecer em momento oportuno;
- Respeitar crenças religiosas da família;
- Em caso de óbito perinatal: se for de vontade da paciente, permitir tirar fotos; vestir o bebê; pegar mecha de cabelo;
- Independentemente da vitalidade neonatal: se for de vontade da paciente, fornecer carimbo da placenta/mão/pé se possível, com nome do bebê e data de nascimento;
- Fornecer declaração de óbito em casos de feto morto, corretamente preenchida com a causa base e dados demográficos.

7. Condutas

Enfermaria direcionada para cuidados pós-parto (evitar alojamento conjunto, em contato com outros bebês):

- Manter procedimentos de rotina de avaliação puerperal e controle de comorbidades;
- Se óbito perinatal: não oferecer medicação para inibir lactação, nem medidas físicas, sem perguntar para a paciente sobre o desejo de doação de leite. Fornecer inibição da lactação para as que assim desejarem;
- Conversar sobre planejamento familiar (programação de nova gestação ou método contraceptivo, conforme desejo da paciente).

8. APÊNDICE – PLANO DE PARTO EM CUIDADOS PALIATIVOS PERINATAIS

Paciente: _____
Cônjuge: _____
Nome do bebê: _____
Diagnóstico fetal: _____
Características ultrassonográficas relevantes: _____

Priorizar via de parto: Vaginal ☐ Cesariana ☐
Manter acompanhante próximo durante o parto: Sim ☐ Não ☐
Desejo da parturiente em relação a ausculta fetal intraparto (ponderar): Sim ☐ Não ☐
Deseja analgesia (se disponível): Sim ☐ Não ☐

Respeitar a privacidade em ambiente reservado.
Minimizar toque vaginal.

Após o nascimento:

Deseja ver o bebê ao nascimento: Sim ☐ Não ☐ (Se não, oferecer novamente)
Deseja algum ritual religioso: Sim ☐ Não ☐
Explicado sobre Cuidados paliativos perinatais: Sim ☐ Não ☐
-Promover cuidados iniciais ao recém-nascido (clampeamento oportuno do cordão umbilical, manter temperatura e avaliar o desconforto respiratório);
-Não realizar manobras de reanimação ou procedimentos invasivos.

Em caso de óbito perinatal ☐

Explicado sobre indução do parto vaginal: Sim ☐ Não ☐
Deseja criar memórias: Sim ☐ Não ☐
Tirar fotos ☐ Pegar mecha de cabelo ☐ Vestir o bebê ☐
Colocar fralda ☐ Colocar acessório ☐ Carimbo de placenta ☐
Carimbo de mãos/pés ☐ Levar pulseira do internamento ☐
Deseja medicação para inibir lactação: Sim ☐ Não ☐

9. Referências

1. Bolibio R, et al. Cuidados paliativos em medicina fetal. Rev Med. 2018;97(2):208-215.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Perinatal palliative care: ACOG Committee Opinion, Number 786. Obstet Gynecol. 2019 Sep;134(3):e84-e89.
3. Cole JCM, et al. A proposed model for perinatal palliative care. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2017;46(6):904-911.
4. Rusalen F, Cavicchiolo ME, Lago P, Salvadori S, Benini F. Perinatal palliative care: a dedicated care pathway. BMJ Support Palliat Care. 2021 Sep;11(3):329-334.
5. Tataj-Puzyna U, et al. Parental experiences of prenatal education when preparing for labor and birth of infant with a lethal diagnosis. Nurs Open. 2023;10:6817-6826.
6. Ziegler TR, Kuebelbeck A. Close to home. Adv Neonatal Care. 2020;20(3):196-203.
7. Catania TR, et al. When one knows a fetus is expected to die: Palliative care in the context of prenatal diagnosis of fetal malformations. J Palliat Med. 2017.
8. Fetal Medicine Foundation. Fetal abnormalities. Available from: <https://www.fetalmedicine.org/education/fetal-abnormalities>. Accessed Oct 3, 2023.
9. Coady AM, Bower S. Twining's textbook of fetal abnormalities. 3rd ed. Churchill Livingstone Elsevier; 2015.
10. Sidgwick P, et al. Fifteen-minute consultation: perinatal palliative care. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2016;102(3):e73.

Elaboração:

13/07/2025

Edição:

01/10/2025

Organização:

Daniela Valle Almeida Figueredo

Alex Sandro Rolland de Souza

Silvia de Lourdes Loreto Faquini

Aprovação: